

TRAITEMENT DE LA RÉTROVERSION

DE

N° 3

L'UTÉRUS MOBILE

NON GRAVIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Novembre 1907

PAR

Louis SERVETTAZ

Né à Marcellaz (Haute-Savoie), le 22 mars 1874

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES

PRIX DE VOYAGES DE L'UNIVERSITÉ DE DIJON

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

—
1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologique.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	N...
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRE.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, <i>président</i> .	MM. SOUBEIRAN, <i>agrégé</i> .
VIALLETON, <i>professeur</i> .	RICHE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. SERVETTAZ.

A MADAME ET MONSIEUR COGNACQ

DIRECTEURS DES GRANDS MAGASINS DE LA SAMARITAINE
DE PARIS

FONDATEURS DE LA JAYSINIA DE SAMOENS
BIENFAITEURS DE LA VALLÉE DU GIFFRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIALLETON

A MES MAÎTRES

L. SERVETTAZ.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter les services hospitaliers de notre vieille et glorieuse Faculté, nous considérons comme un devoir — mais un devoir bien doux — d'exprimer notre reconnaissance à ceux de nos savants Maîtres dont la bienveillance et le dévouement ont été pour nous de précieux auxiliaires.

C'est d'abord M. le professeur Tédénat dont nous avons pu apprécier la grande science, n'ayant d'égale que la grande habileté chirurgicale. C'est sous ses auspices et ses conseils que nous avons entrepris ce travail. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Son souvenir nous suivra partout et nous nous inspirerons dans notre pratique de son savant enseignement. M. le professeur Vialleton nous permettra d'inscrire ici son nom afin qu'il sache combien nous lui devons de reconnaissance pour les attentions charmantes qu'il a eues pour nous. Qu'il veuille recevoir aussi le témoignage de notre grande et respectueuse admiration, comme un hommage bien sincère dû à son enseignement savant et dévoué.

M. le doyen Mairet, MM. les professeurs Carrieu, Estor, Forgue, Granel, Grasset, Rauzier, Truc et Vallois ont toujours été pleins de bonté pour nous. Qu'ils nous

permettent de leur rappeler combien nous leur devons de gratitude.

MM. les professeurs agrégés Galavielle, Gaussel, Lagriffoul, Riche, Soubeyran et Vires nous ont toujours honoré de leur sympathie. Nous leur exprimons l'assurance de notre entier dévouement.

Nous rappellerons à M. Izard, secrétaire de la Faculté, l'intérêt qu'il nous a porté durant le cours de nos études pour lui rappeler aussi notre dette de reconnaissance.

Mme et M. Cognacq nous pardonneront de mettre leur modestie à l'épreuve en signalant ici le bien qu'ils font aux pauvres de la ville de Samoëns et en les remerciant des marques d'estime qu'ils ont bien voulu nous donner.

Enfin — et par-dessus tout — il est un pieux devoir que nous accomplissons avec une bien vive émotion, qui serait mêlée d'une joie infinie si nous pouvions y associer notre regretté père : celui de dire à notre mère si aimée notre vive affection et l'immense dette de reconnaissance que nous avons contractée envers elle.

TRAITEMENT DE LA RÉTROVERSION
DE
L'UTÉRUS MOBILE
NON GRAVIDE

INTRODUCTION

La plus fréquente des déviations utérines, la rétroversion, est souvent accompagnée, même non compliquée de lésions annexielles, de phénomènes morbides d'une telle gravité, qu'une des premières préoccupations du gynécologue est dans ce cas de réduire cette déviation. Il doit se préoccuper ensuite de maintenir la réduction obtenue.

La sagacité des chirurgiens et des médecins s'est exercée pendant de longs siècles à trouver un moyen pratique de rendre à la femme la santé physique et morale que son affection lui faisait perdre. Pour aider à la réduction manuelle, les instruments les plus ingénieux furent tour à tour ou simultanément mis en usage : gimblettes, bilboquets, huit de chiffres, machines indiennes, pessaires, hystéromètres, etc.

On se trouvait, au moment où ces instruments furent inventés, en pleine période préantiseptique, c'est ce qui explique la fréquence de leur emploi. Néanmoins, dès 1840, un esprit audacieux, Alquié, professeur agrégé à

notre Faculté de Montpellier, se déclarait partisan de l'intervention sanglante. Le 17 novembre 1840, il présenta à l'Académie de médecine (Voir Bull. de l'Acad. de méd., 1840, t. VII) un mémoire sur une *Nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice* par le raccourcissement des ligaments ronds.

Depuis Alquié, de nombreux procédés sanglants accompagnés de traitements de plus en plus perfectionnés ont été proposés aux praticiens. Dans ce travail, après avoir esquissé l'étiologie et la pathogénie de la rétroversion mobile, obligé que nous sommes de limiter notre étude par la vaste étendue du champ d'investigation, nous arrêtant à la rétroversion mobile (ou facilement mobili-sable); nous passerons en revue les indications des divers procédés de traitement.

Après un court exposé, faisant la critique successive de chacun d'eux, nous présenterons au public médical le procédé qui nous a semblé donner les meilleurs résultats, celui auquel notre Maître, M. le professeur Tédénat, s'est arrêté après une longue expérience chirurgicale.

Nous donnerons à l'appui de nos affirmations 9 observations inédites de traitement chirurgical, recueillies salle Paulet et villa Fournier, à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. Tédénat.

Enfin, nous établirons les conclusions que cette étude comporte et donnerons la bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'utérus occupe chez la femme une position paradoxale que l'on ne retrouve pas chez les animaux quadrupèdes. On doit se le représenter comme une pyramide posée sur la pointe (Pozzi), ou avec M. Le Dentu (1) « comme un mouvement de sonnette fixé par son milieu et dont les deux branches sont attirées en sens inverse par un fil supérieur et un fil inférieur. » Quels que soient pour l'utérus les ligaments qui entrent en action, le résultat de leur contraction est toujours le même : c'est le maintien ou l'inclinaison de l'organe en antéversion et pourvu d'une certaine mobilité, oscillant suivant le degré de réplétion de la vessie. S'il y a relâchement des ligaments ronds au lieu de leur contraction, l'utérus tombera en arrière. Il en sera de même si le relâchement porte sur les ligaments utéro-sacrés ou les ligaments larges. La rétroversion peut être congénitale. Martin en rapporte huit exemples. Schultze signale chez des vierges nullipares la rétroversion à type infantile par arrêt de développement avec raccourcissement congénital de la paroi antérieure du

(1) *Presse médicale*, 1906.

vagin ou longueur exagérée du col sur le vagin. Comme on le verra à la lecture de nos observations inédites, il semble bien, contrairement à ce qui a été dit ou écrit, que la congénitalité joue un grand rôle : la plupart de nos malades ont été réglées très tard et ont des artères petites. Deux femmes à utérus rétroversé que nous avons observées à la Maternité dans le service de M. le professeur Vallois avaient de même été réglées tard. Il y aurait donc de la dégénérescence : l'organe développé tard ayant des attaches mal nourries tomberait.

La rétrodéviatiou peut être aiguë, elle est alors provoquée par le traumatisme. La rétrodéviatiou chronique a souvent des causes pathologiques : l'inflammation du tissu musculaire consécutive à la métrite (Delbet) diminue la vitalité des fibres ligamentaires. D'autres fois, à la suite de la grossesse, des utérus restent trop lourds, ils ne subissent pas l'involution normale, ils ont une tendance à tomber dans le Douglas (Thomas). L'accouchement, en tirillant les parois du vagin, les laisse souvent flasques et produit même l'effondrement du plancher pelvien.

Enfin l'utérus peut être augmenté en poids par un fibrome ou être relâché sous l'influence de l'arthrite chronique (Richelot).

Nous ne nous occuperons pas de l'étiologie des rétrodéviations adhérentes (inflammation des annexes). Les rétrodéviations mobiles sont donc liées à la métrite et plus souvent au prolapsus : elles nous présentent des ovaires souvent douloureux mais peu altérés.

Nous verrons que le succès de l'opération d'Alquié-Alexander est lié précisément à ce bon état des annexes. Schultze, Trélat, Pouillet (de Lyon), ont donc dû leurs succès opératoires à ce qu'ils ont voulu demander à

l'Alquié-Alexander autre chose que ce qu'il peut donner à savoir le redressement de l'utérus mobile.

Schultze préconise aussi le redressement bimanuel de l'utérus, non seulement dans le cas où l'organe est libre et mobile, mais c'est encore pour lui une méthode de traitement des « adhérences périmétriques », à condition, ajoutait-il, qu'elles soient anciennes et qu'il n'existe pas de phénomènes inflammatoires. Schultze n'a donc pas vu le rôle prépondérant joué par l'annexite dans la rétro-déviati^on adhérente. Néanmoins son intervention, si elle n'est pas suivie de succès, reste bénigne parce qu'il ne s'adresse pas à des accidents inflammatoires.

En 1888, dans la *Semaine médicale*, Trélat expliquait sa méthode et indiquait l'emploi d'un instrument métallique très solide, dit redresseur utérin, destiné à être introduit dans la cavité utérine. M. Pouillet (de Lyon) inventa un hystéromètre puissant destiné à vaincre les rétro-déviations utérines, et son élève M. Roulland fit du *Traitément des rétro-déviations et rétroflexions utérines adhérentes et leurs complications* l'objet de sa thèse. Ces instruments doivent être absolument abandonnés comme dangereux et inefficaces. Du reste Trélat reconnut que l'Alquié-Alexander ne donnait rien quand il fallait rompre les adhérences de l'utérus. L'opération d'Alquié, que nous étudierons soigneusement plus loin, ne peut donc servir qu'à la correction de la rétro-déviati^on mobile ou de faible adhérence avec annexes saines.

CHAPITRE II

INDICATIONS DU TRAITEMENT DES RÉTROVERSIONS MOBILES

La déviation n'est pas une maladie : « Elle crée pour l'organe déplacé, dit M. le professeur Pozzi, une vulnérabilité particulière, résultant de troubles circulatoires, par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence ; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la surface de l'utérus. »

La déviation pourra donc exister sans symptôme maladif. Velpeau s'est donc trompé en la croyant maladie essentielle.

La rétrodéviation peut être libre ou adhérente. La rétrodéviation libre peut être mobile ou mobilisée. La rétroversion libre est en position indifférente. La rétroversion mobilisée succède toujours à l'état de grossesse, réduite manuellement, elle peut se reproduire, occasionnant des phénomènes nerveux réflexes : neurasthénie, fatigue extrême pendant la marche, signes d'entéroptose, douleurs lombo-abdominales, troubles gastriques divers.

Pour M. Pozzi (1), l'indication thérapeutique est de

(1) *Revue de Gynécologie*, 1897.

traiter cette *mobilité utérine*, la rétrodéviatiou est un facteur secondaire. L'état pathologique provient de cette mobilité; cela est si vrai, dit-il, que, si vous « ramenez en avant par la réduction bimanuelle un utérus rétroversé mobile et faites marcher le malade, il pourra se faire que l'organe reste pendant assez longtemps réduit, avant de reprendre sa position vicieuse, et cependant la femme n'aura senti aucune amélioration; au contraire, ne réduisez pas la déviation, mais soutenez l'utérus et immobilisez-le jusqu'à un certain point, soit en plaçant un pessaire, soit en remplissant le vagin (columnisation), vous obtiendrez presque toujours un certain soulagement, quoique l'utérus soit toujours déplacé en arrière. »

L'indication, pour faire disparaître les troubles, sera de fixer l'utérus en position normale.

Cette fixation, avant la ménopause, devra être faite de façon à ne pas gêner les grossesses ultérieures. Durhessen, avec son procédé (vagino-fixation), accuse six avortements sur vingt-quatre grossesses. Strassmann, Velde, Graefe, Ruhl, Wertheim ont observé des accidents au cours de l'accouchement.

Dans la ventro-fixation mal faite, il y a, de même, des cas de dystocie. Loin de mépriser les pessaires, nous pensons, avec MM. Pozzi, Le Dentu, Doléris, Tédénat et Vallois, qu'ils rendent de grands services, ainsi que les ceintures hypogastriques. Nous trouvons exagérées les critiques de Pajot, Depaul, Leake, Dieffenbach, Hamilton, Mathews Duncan, dont nous avons retrouvé l'écho dans les thèses de Mazade, de Manrique et de Ferry.

Lorsque l'opération chirurgicale est indiquée, nous nous rangeons sans hésiter du côté de la laparotomie contre l'hystérotomie vaginale. En effet, à côté de la mobilité excessive, il y a comme deuxième facteur important de

la rétroversion, l'annexite. Si les annexes sont malades, on pourra souvent, au lieu de les enlever, leur appliquer un traitement conservateur. Le procédé opératoire que nous préconisons avec M. le professeur Tédénat a le grand mérite de conserver les ovaires, si c'est possible. « Pourquoi, dit M. Pozzi, traiterait-on les ovaires, parce qu'ils sont cachés, avec moins de déférence que les testicules apparents? »

Nous considérons comme rétrodéviations fixes les rétrodéviations ayant résisté aux deux tentatives suivantes :

1° La réduction sans violence aux pressions bimanuelles combinées, la femme étant en position gènu-pectorale et le canal vaginal étant maintenu largement béant :

2° A une manœuvre bimanuelle analogue, la malade étant anesthésiée et placée dans la position de Sims.

Du traitement des rétroversions fixes, nous ne nous en occuperons pas.

Avant d'aborder le traitement chirurgical que nous préconisons, fixons la règle de conduite que nous suivrons dans les différents cas :

Que faire si dans le cours d'une exploration nous découvririons une rétroversion ignorée? Si elle est ignorée la malade n'en souffre pas, nous ne ferons donc rien.

Si à côté de cela des rétrodéviations présentent des troubles imputables au vice de position, mais si légers que les malades préfèrent ces troubles à l'ennui d'une thérapeutique astreignante, à plus forte raison aux risques d'une opération, nous nous abstiendrons encore.

S'il y a en même temps que la rétroversion prolapsus utérin, nous nous souviendrons que dans ce cas la rétroversion est un phénomène secondaire, nous accompagnerons la réduction utérine de la réfection du périnée.

S'il y a métrite concomitante, nous soignerons la

métrite, et alors, si tous les phénomènes du « syndrome utérin » disparaissent, nous nous en tiendrons là, sinon nous fixerons l'utérus.

L'amputation du col, dans le cas de métrite avec gros corps utérin, aidée du traitement approprié, permettra dans certains cas d'obtenir la décongestion de l'organe utérin qui, devenant plus léger, pourra être maintenu par le tissu cicatriciel.

Le fibrome ou l'annexite réclament-ils la laparotomie? Nous profiterons de l'ouverture pour fixer l'utérus. Si chez une malade atteinte de rétroversion une appendicite se déclare, nous ferons la laparotomie médiane. Par l'ouverture nous enlèverons l'appendice, puis nous fixerons l'utérus. Il pourra nous arriver d'être placés en présence de cas que M. Richelot rattache à la diathèse arthritique, que d'autres rattachent à l'infection, ce sont des cas de *rétrodéviation*s *simples*, c'est-à-dire sans annexite ni métrite: Nous voulons parler de ces femmes nerveuses qui ont un utérus gros, lourd, toujours congestionné, souvent sclérosé, en position vicieuse depuis longtemps. Le museau de tanche laisse écouler un liquide clair et filant sans qu'il y ait de métrite véritable. Il n'y a pas salpingite, mais souvent les ovaires sont scléro-kystiques. Des phénomènes généraux viennent souvent s'y ajouter: nervosisme, ptose intestinale, gastrique, rénale. Ces malades ont des troubles pelviens se rattachant à la rétroversion: dysménorrhées, ménorrhagies, sensations de pesanteur dans le bas-ventre, névralgies irradiant aux cuisses, aux lombes, constipation. Devons-nous toutes les opérer? Non. Souvent ces rétroversions sont rendues tolérables par un traitement décongestionnant l'utérus et le petit bassin: repos, injections chaudes, tamponnements vaginaux, laxatifs, auxquels on adjoindra l'hydrothérapie:

Dans le cas où la congestion utérine est le phénomène dominant, le résultat sera satisfaisant. Si cela ne suffit pas, on redressera l'utérus et on tâchera de le maintenir en bonne position. On essaiera, avant de recourir à l'intervention sanglante, l'usage des pessaires, de la colum-nisation-massage, de l'électricité et de la gymnastique génu-pectorale.

CHAPITRE III

PESSAIRES ET COLUMNISATION-MASSAGE

On peut maintenir l'utérus en bonne position par l'usage des pessaires, qui sera d'une indication majeure dans le cas de rétrodéviatiou de l'utérus gravide (1^{er} trimestre de la grossesse) et chez les femmes refusant l'intervention sanglante. Les modèles en sont nombreux. Nous citerons ceux de Dumonpallier, de Gaillard-Thomas, de Smith, de Hodge. Ce dernier est le plus employé et certainement un des meilleurs ; ceux en aluminium sont très légers, mais ils ont le désavantage d'être attaqués par les solutions salées ou bichlorurées. Nous préférons le modèle en fils métalliques recouverts de gutta-percha qu'on peut ramollir dans l'eau chaude pour le mouler et qui, une fois refroidi et mis en place, est suffisamment rigide. A la période d'involution du post-partum il rendra les plus grands services. Quand la douleur est provoquée par la pression de l'utérus sur les annexes ou du col sur le vagin par la compression du ganglion de Dembo, l'application du Hodge produira un soulagement immédiat. Il permettra l'écoulement du liquide tubaire et amènera ainsi un soulagement immédiat dans la métrite catarrhale.

Cette rétention salpingienne s'observe aussi chez cer-

taines femmes au moment des périodes menstruelles. Il se forme alors un hémato-salpynx. L'usage du Hodge amènera l'évacuation de la poche.

Nous terminerons ces considérations sur l'usage du pessaire en adoptant la formule de Chaput (1) : « C'est un devoir formel d'essayer toujours ce moyen, dans les cas simples, lorsque les annexes sont intactes, la déviation peu accentuée et l'utérus mobile et normal. »

Si le pessaire donne des résultats insuffisants, s'il ne peut suffire à maintenir l'utérus, il y aura avantage à recourir au procédé américain de Bozeman (columnisation-massage), systématiquement employé par Taillafero (d'Atlanta), adopté en France par M. Laroyenne (de Lyon) et par M. le professeur Tédénat (de Montpellier). Notre Maître fit au Congrès de gynécologie de Bordeaux de 1895 une communication sur la façon dont la columnisation-massage est employée dans son service pour rendre au muscle utérin sa tonicité.

M. le professeur Tédénat fait une antisepsie soignée du vagin, l'utérus et les tissus avoisinants sont décongestionnés par une mèche intra-utérine de gaze iodoformée glycérinée et le remplissage méthodique des culs-de-sac par des tampons ichthyolés, le tout soutenu par la columnisation du vagin par des tampons bien serrés. Lorsque le résultat désiré est obtenu, c'est-à-dire que les douleurs se sont amendées et que les culs-de-sac sont plus souples au toucher, on pratique le massage bimanuel suivant la méthode de Thure-Brandt. Lorsque l'organe est redevenu mobile, il est mis en bonne antéflexion et maintenu par un pessaire de Hodge. (Si la rétrodéviation est compliquée de prolapsus, pour assurer le support pelvien, M.

(1) *Semaine médicale*, 1892.

Tédenat fait une colpopérinéorrhaphie.) Cette combinaison du massage et de la columnisation donne des résultats merveilleux. La glycérine, l'ichthyol et l'iodoforme agissent comme décongestionnants, anesthésiques, antiseptiques. Le massage assouplit, distend les brides périmétritiques, les ligaments épaissis et sclérosés. La columnisation faite aussitôt après le massage maintient le résultat obtenu jusqu'à la séance suivante et habitue les parois vaginales à la compression du pessaire.

Au bout de quelques séances, la réduction devient facile. L'application du Hodge maintient l'organe en bonne antéflexion. Nous résumerons brièvement les avantages de cette méthode :

- 1° Elle dispense les malades du séjour au lit ;
- 2° Le support fourni par la columnisation permet aux malades de marcher, de travailler, chose absolument impossible auparavant ;
- 3° Les douleurs lombaires, les troubles menstruels s'amendent avec une rapidité surprenante ;
- 4° En rendant tout coït impossible, elle préserve la malade de toute excitation génitale ;
- 5° Sa simplicité la met à la portée de la pratique quotidienne ;
- 6° Elle constitue une excellente préparation à une intervention chirurgicale ;
- 7° Elle diminue dans des proportions considérables les indications opératoires, particulièrement dans les cas de rétroversion peu adhérente, sans lésions graves des annexes ;
- 8° Notons enfin que la columnisation peut servir d'élément de diagnostic. Condamin a fait remarquer que si la columnisation, loin d'amener la sédation des phénomènes douloureux, semble au contraire les aggraver, c'est que

L'on a affaire à une lésion aiguë, et que l'on doit soupçonner, sinon affirmer, l'existence d'une petite collection purulente : la contre-indication est alors formelle.

N'oublions pas que l'électricité, sous forme de courants continus et faradiques, pourra être un bon adjuvant au traitement.

Enfin, Courty, Solger (de Berlin) et Lavrinovitch (de Saint-Petersbourg), par la gymnastique gènu-pectorale, déplacent le centre de gravité de l'utérus, abaissent la pression intra-abdominale et produisent la béance du vagin où l'air pénètre. Lavrinovitch a obtenu la reposition vingt-deux fois par l'application de cette méthode.

Si après tous ces efforts, dans chacun des cas que nous avons énumérés, la rétrodéviatiou reste mobile, si les troubles ressentis par la malade restent intolérables, nous nous résoudrons à l'intervention sanglante. La proportion de ces interventions n'a pas été établie.

RÉSULTATS

La columnisation-massage, l'électricité, la gymnastique gènu-pectorale sont d'usage trop récent pour qu'il nous soit possible de dresser le bilan des résultats. Il n'en est pas de même pour l'usage des pessaires.

Figuiera a, sur 47 observations relevées dans le service de Doléris, 18 guérisons de la déviation, 15 améliorations, 8 insuccès ou intolérances, 7 malades devenues enceintes, dont 4 deux fois. Cette statistique donne 39 % de succès et 30 % de succès très relatifs, puisque dans ces cas les malades sont condamnées au port perpétuel du pessaire, sous peine de voir l'affection reparaitre avec tous ses dangers ; de plus, l'affection tend en général à s'aggraver, le pessaire ayant toujours tendance à moins bien soutenir

l'utérus, étant moins bien soutenu lui-même par les tissus vaginaux. On est de temps à autre appelé à le remplacer par un numéro d'un calibre plus fort, mais quelquefois il ne tient pas du tout. Dans quelques cas, l'association du port du pessaire à un traitement intra-utérin (dilatation, curettage, hersage, écouvillonnage) a donné de bons résultats; mais, dans ces cas, il s'agissait de lésions peu accentuées, de mobilité utérine plutôt que de rétroversion franche, où on a pu profiter de l'involution consécutive à l'accouchement. L'évolution régressive de l'utérus, au moment de la ménopause, peut contribuer à le refixer en position normale. Si la ménopause est achevée, l'atrophie rapide de l'organe, rétrodévié par le port du pessaire, devient une condition habituelle de la cessation des symptômes morbides. On doit donc employer le pessaire de Hodge dans les cas de rétroversion légère ou récente, non inflammatoire, surtout en cas de déviation traumatique ou consécutive à l'accouchement.

Si le pessaire seul ne peut suffire à maintenir la réduction, parce qu'il est impossible de le fixer lui-même; si son intervention chirurgicale devient nécessaire, elle devra être complète; on ne se contentera pas de restaurer le périnée pour donner un point d'appui au pessaire, on restaurera le périnée d'abord, et on fixera ensuite l'utérus. Il serait d'une mauvaise pratique chirurgicale de négliger un complément de traitement aussi essentiel, alors qu'on s'est arrêté à l'emploi d'un traitement opératoire.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Opérations plastiques

La rétroversion représentant une étape du prolapsus utérin, quel que soit le procédé employé pour reposer l'utérus en place, il sera souvent nécessaire de réparer le plancher pelvien. On se trouve, en effet, en présence d'un périnée déchiré, d'un releveur ayant perdu sa contractilité, d'un cul-de-sac postérieur effondré, de ligaments utéro-sacrés relâchés. L'infériorité fonctionnelle des tissus chargés de maintenir l'utérus est à la fois quantitative et qualitative.

Lorsque la rétrodéviatiou coexistera avec un défaut de résistance du plancher pelvien, il faudra refaire le support, car alors on n'aurait à attendre aucun bon résultat des pexies. Nous le ferons par la colporraphie et la colpôpérinéorraphie. Technique abrégée : Pour la colporraphie antérieure on jalonne à partir de 1 centimètre du méat et sur la ligne médiane une surface de muqueuse losangique, que l'on fait apparaître à la vulve par une traction sur le col dirigée en bas et en arrière. On trace au bistouri un petit lambeau qu'on dissèque, puis on décolle peu à peu toute la surface du losange ; on sectionne sur les côtés à mesure avec des ciseaux, et on place de haut

en bas une série de sutures à la soie, de manière à terminer par une réunion longitudinale.

La colpopérinéorrhaphie ou mieux la colpopérinéoplastie se pratique en arrière par glissement ; on place une pince au niveau de la fourchette et on jalonne symétriquement de chaque côté au niveau des caroncules myrtiliformes, on incise tout le long de la muqueuse et on relève en avant le lambeau avec une pince. On décolle ensuite avec les doigts sur les côtés le plus loin possible, pour mettre à nu les fibres du releveur sur les parties latérales, presque jusqu'à ce que les doigts sentent les ischions. On place ensuite les fils de suture en crins de Florence, au moyen d'une forte aiguille courbe qui s'enfonce à 1 centimètre $1/2$ de l'incision, très en arrière, va accrocher sur le côté les fibres du releveur, s'engage ensuite en haut du lambeau, puis dans les fibres du releveur de l'autre côté, et enfin dans la peau ; on place de même deux ou trois autres fils d'arrière en avant, de manière à obtenir une ligne de réunion longitudinale : l'extrémité du lambeau vaginal est réséquée aux ciseaux et fixée au catgut.

Par ces procédés, certains auteurs ont signalé des guérisons de rétroversion mobile ; on a en tous cas observé une diminution des phénomènes douloureux. Doléris sur 14 opérées a eu 6 échecs et 8 succès. Sur les échecs 3 ont été réopérées et guéries par l'Alquié-Alexander, 1 améliorée. Sur les 8 succès, 3 grossesses. M. le professeur Tédénat l'a fréquemment employé comme opération supplémentaire et en a retiré de réels avantages.

Nous avons vu plusieurs fois M. Tédénat faire dans une même séance la fixation utérine par suture des ligaments larges et la périnéorrhaphie. Il en obtient de bons résultats.

CHAPITRE V

OPÉRATIONS PAR LA VOIE VAGINALE

Nous ne dirons que peu de chose de la cœliotomie vaginale après l'excellent travail fait sur cette question dans sa thèse par M. le docteur Fuster, ancien chef de clinique de M. le professeur Tédénat, professeur suppléant à l'École d'Alger. L'opération préconisée par Mackenrodt a été reprise par Gottschalk, Steffeck, Gaillard-Thomas, Bouilly, Le Fort, Liwow, Boileux, Tuffier, Lucas-Championnière et M. le professeur Tédénat. La malade étant anesthésiée et endormie, l'utérus est abaissé à l'aide de pinces de Museux. Incision sagittale du cul-de-sac et agrandissement transversal (deux doigts de large). Il faut tâcher d'ouvrir le péritoine du même coup, sinon décoller digitalement le tissu cellulaire jusqu'à la séreuse qu'on incise. Dilatation des deux incisions avec les ciseaux. S'il y a une hémorragie ou si on craint un pyosalpinx, suture à la soie des bords de l'incision périnéale à ceux de l'incision vaginale. Décollement digital des adhérences successivement de chaque côté. Examen des annexes. Ponction au thermocautère ou extirpation si besoin est. Réduction de la rétroversion. Drainage à la gaze iodoformée maintenant la reposition. La gaze est enlevée le huitième jour. Injection vaginale au sublimé

faible et sans pression. Tamponnement. La malade se lève le 15^e jour après mise en place du pessaire.

Ce procédé est surtout indiqué dans le cas de rétro-déviatiou adhérente et M. le professeur Tédénat fit à ce sujet une communication sur trois cas au Congrès de gynécologie de Bordeaux en 1895.

Dans le cas de rétroversion mobile il sera indiqué si on se trouve en présence de kystes tubaires à contenu suspect, on se place ainsi à l'abri de l'infection du péritoine.

Cette opération, qui a l'avantage de remettre les femmes très rapidement debout et de n'avoir aucune action mauvaise sur les grossesses à venir, n'est point parfaite parce qu'elle est incomplète : elle continue le port du pessaire et ne peut rien contre la reproduction de la rétroversion.

Dürhessen, après Amussat et suivi par Richelot père, Schücking, Zweifel, conseillent la *vagino-fixation*. Son procédé consiste essentiellement en une incision transversale du cul-de-sac antérieur au niveau de son insertion cervicale. Il abaisse l'utérus avec des fils transversaux échelonnés les uns au-dessus des autres et placés au fur et à mesure de la libération de la face antérieure de l'utérus. Il libère le cul-de-sac vésico-utérin. Enfin, il prétend fixer le fond utérin à la face profonde du lambeau vaginal supérieur au moyen de trois fils fixateurs.

Wendeler, Jacobs, Mackenrodt, Pichevin, selon ces principes ont basé de nouvelles méthodes. La vagino-fixation ne nous satisfait pas ; en effet, comme toute rétroversion mobile s'accompagne toujours d'un relâchement des ligaments utéro-sacrés, il coexiste un certain degré de prolapsus contre lequel la vagino-fixation n'a aucune action. Il serait nécessaire de compléter l'opération par la colporrhaphie. De plus, on attache l'utérus à la paroi vaginale dont la solidité est souvent insuffisante : « On

n'attache pas un clou dans une tenture, dit Trélat. »

Nous ne saurions trop le répéter : Nous n'oublions jamais que l'accoucheur, avant la ménopause, suit souvent le gynécologue. Le procédé de Dürhessen produit souvent la dystocie. Il se produit à la surface antérieure du corps utérin de nombreuses adhérences fibreuses, très tenaces, qui s'opposent à l'ascension de l'utérus gravidæ. En même temps se produisent des douleurs d'autant plus précoces que les sutures ont été faites plus haut, car dans les trois premiers mois l'utérus s'accroît surtout aux dépens de la face antérieure. Les douleurs siègeront soit au point de fixation, soit dans la région lombaire.

Les troubles vésicaux sont fréquents : on a signalé de la douleur, du ténesme, de la cystite.

L'insertion vicieuse du placenta est fréquentée par suite de l'antéversion exagérée, et le placenta tirailé par l'inégal développement des parois utérines peut se déchirer et devenir une source d'hémorragies se terminant fréquemment par l'avortement ou l'accouchement prématuré. Démelin a vu 95 grossesses se terminer 19 fois par l'avortement et 19 fois prématurément, soit 21 0/0 dans chaque cas.

De plus, le col tirailé se porte en arrière, devenant inaccessible, faisant décrire à la filière pelvienne un crochet gênant à l'engagement et à la descente de la tête fœtale. Toutes ces causes contribuent à donner des présentations de l'épaule. La partie inférieure de l'utérus étant en avant formée de tissu de cicatrice, c'est au dépens de la face postérieure que se fait l'ampliation, d'où menace de rupture utérine. C'est ainsi que Gessner dut, pour terminer trois accouchements, pratiquer l'incision des tissus cicatriciels. Urban, Papé, Ruhl, Kallmorgen, Berndt, durent même recourir à l'opération césarienne.

On assiste aussi à la rupture prématurée des membranes. Donc, dans la pratique, nous concluons que dans la rétroversion de l'utérus mobile il faut s'abstenir de cette opération avant la ménopause.

Nous avons étudié de près, dans l'excellente thèse de Debayle, l'opération de Nicoletis, reprise par Richelot, qui consiste dans une amputation sus-vaginale suivie d'une suture anaplasique. Ici encore nous trouvons que le tissu cicatriciel inextensible remplace le tissu souple à l'orifice utérin. Cette seule constatation suffit pour que nous nous abstenions. Du reste, Debayle lui-même a cru devoir faire des réserves :

« Il est permis de faire des réserves lorsque, pour une cause quelconque, on réussit mal les sutures ou que l'on n'a qu'une réunion secondaire. »

Et, dit-il plus loin : « Lorsqu'on est en face d'une primipare jeune, de troubles fonctionnels peu accusés, nous croyons devoir conseiller la temporisation, malgré les excellents résultats de l'opération. »

CHAPITRE VI

HYSTÉROPEXIE INTRA-ABDOMINALE DIRECTE

Nous ne parlerons pas de l'hystéropexie extra-abdominale, c'est une opération faite à l'aveuglette, ne permettant pas de remédier aux lésions concomitantes à la déviation.

L'hystéropexie intra-abdominale est directe ou indirecte.

Imaginée par Kœberlé, reprise par différents auteurs, elle se fait par trois procédés : 1^o à sutures temporaires ; 2^o à sutures perdues ; 3^o à sutures verticales. Ces trois procédés ont tous une méthode qui leur est commune, l'opération se fait en 5 temps, les variantes des procédés portant sur les trois derniers temps. Toujours la malade est placée en position Trendelenburg :

1^{er} Temps : Incision de la paroi abdominale médiane, sous-ombilicale, de 5 à 6 centimètres ;

2^e Temps : Recherche et mobilisation de l'utérus. Examen et traitement des annexes si c'est nécessaire ;

3^e Temps : Placement des fils fixateurs sur l'utérus. C'est surtout dans ce troisième temps que diffèrent les procédés ;

4^e Temps : Fixation des fils à la paroi abdominale. Autre temps variable suivant les auteurs ;

5^e Temps : Fermeture de la paroi. Elle n'a rien de spécial à l'hystéropexie.

Ce procédé a donné des résultats immédiats excellents, les douleurs cèdent dès les premiers jours, la constipation, le ténesme sont rapidement amendés. Les troubles vésicaux disparaissent, la dysménorrhée diminue. Cependant il y a des succès. Baudouin, dans sa thèse, nous donne un moyenne de 10 pour 100. C'est donc une excellente opération. Nous n'en dirons pas autant au point de vue obstétrical, nous adressons à ce procédé les mêmes reproches qu'à la vagino-fixation : les adhérences artificiellement formées gênent l'expansion en tous sens de l'utérus pendant la grossesse.

Les phénomènes douloureux, les vomissements incoercibles, la rupture prématurée des membranes, les hémorragies du placenta, sont fréquents, mais inférieurs comme nombre aux cas de la vagino-fixation. Ces faits sont démontrés par Démelin, Lœhlin, Pujol, Küstner, Gottschalk, Gaulard, Saenger, Calmann. Par contre, les suites de couches sont normales, l'involution utérine se fait lentement, mais bien. Il est digne de remarque que, pendant la grossesse, la résistance des adhérences est en raison directe du nombre des points de suture. Nous utiliserons plus loin cette constatation. Si les adhérences sont sur une petite surface, le ramollissement des tissus qui accompagne la grossesse en aura facilement raison. Si la fixation porte sur le fond de l'utérus, toute la surface antérieure de l'utérus est perdue pour le développement utérin. Les inconvénients sont encore plus graves quand les sutures comprennent le fond et la paroi antérieure.

Nous verrons plus loin les excellents résultats que donne ce procédé combiné à la ligamentopexie des liga-

ments ronds (procédé sus-isthmo-pubien associé à la ligamentopexie de M. le professeur Tédénat).

Ce procédé est donc indiqué lorsque l'Alquié-Alexander n'a pas réussi à maintenir l'utérus, ce qui n'arrive pas dans le procédé de M. Tédénat, et lorsque les malades ont dépassé la ménopause. Dans ce cas, s'il y a des lésions aux annexes, on pourra les abattre.

CHAPITRE VII

PROCÉDÉS D'HYSTÉROPEXIE INDIRECTE PAR LIGAMENTOPEXIE

Considérations générales

La pathogénie des rétrodéviations résidant dans des lésions de l'appareil ligamentaire utérin ou du plancher pelvien, le traitement dans le cas d'utérus mobile doit s'adresser à chacun de ces éléments altérés. « L'indication à remplir, dit Richardson (1), est de replacer l'utérus aussi bien que possible dans son état normal d'antéversion et de l'y fixer dans une position et par un procédé entraînant dans la suite le moins de troubles physiologiques possibles. »

Nous verrons que le procédé qui donne les meilleurs résultats conformément à cette définition est l'Alquié-Alexander. Comme nous n'avons aucune observation sur les procédés que Imlach emploie en raccourcissant les ligaments larges, Terrier, qui l'a conçu, n'ayant pas cru devoir le mettre à exécution, nous n'en parlerons pas. Nous négligerons aussi le raccourcissement des ligaments

(1) *Robertson american Medicine*, 1903.

ronds par la voie vaginale, car, comme nous l'avons dit précédemment, nous ne sommes pas partisan des opérations « à l'aveuglette ».

**Procédés d'hystéropexie par les ligaments ronds
par la voie abdominale**

PROCÉDÉ PRIMITIF D'ALEXANDER. — L'opération faite par la voie extra-péritonéale est exécutée en 3 temps et consiste à raccourcir les ligaments ronds par le canal inguinal.

1^{er} Temps. — Découverte des ligaments par la voie extra-péritonéale : on trace deux incisions qui correspondent à la direction des canaux. Ceux-ci ne sont pas faciles à trouver, surtout chez les femmes grosses. Une fois l'orifice externe découvert, on y engage la sonde et on en fend la paroi antérieure. Dans le canal inguinal ainsi découvert on doit trouver les ligaments ronds.

2^e Temps. — Redressement de l'utérus : à l'aide de la portion intra-inguinale on attire la portion intra-abdominale. Pour faciliter la traction on introduit deux doigts dans le vagin. On doit amener à l'extérieur un bout de ligament de 8 à 10 centimètres de long.

3^e Temps. — Suture des ligaments ronds, raccourcissement de la plaie : on fixe avec trois ou quatre points de suture aux tissus fibreux de la paroi abdominale la portion du cordon la plus voisine de l'utérus, on résèque tout ce qu'il y a au delà de cette suture.

AUTRES PROCÉDÉS. — Avec les progrès de l'antisepsie on en est vite arrivé à transformer l'opération en intra-

péritonéale. Les opérateurs se sont alors rangés selon deux grandes méthodes :

1° Raccourcissement sans fixation à la paroi avec les procédés par plicature simple de Wylie, de Ruggi et de Bode ; par plicature et suture des deux ligaments : procédé de Polk ; par suture à l'utérus : procédé de Dudlen ;

2° Raccourcissement avec fixation à la paroi. Ce sont : 1^{er} procédé de Doléris (ancien), les 2^{es} procédés de Doléris (1^{re} et 2^e manières), de Beck, enfin le procédé de notre Maître, M. le professeur Tédénat, qui est un perfectionnement du procédé de Doléris 1^{re} manière.

Expliquons en quelques mots chacun de ces procédés :

Le *procédé de Wylie* consiste à ouvrir l'abdomen, à libérer l'utérus de ses adhérences, à attirer le ligament rond au dehors. En le coudant, on forme un angle ouvert en dedans. La face du ligament qui regarde l'intérieur de l'angle est avivée ; puis le ligament est adossé à lui-même par des points séparés à la soie, points traversant le ligament et peu serrés pour ne pas le couper. La suture est à sommet externe. On procède de même de l'autre côté. Les procédés de Ruggi et de Bode ressemblent au précédent.

Procédé de Polk. — Polk avive la face interne des deux ligaments à deux centimètres de leur insertion utérine, puis il les accole en X au devant de l'utérus.

Procédé de Dudley. — Dudley isole les ligaments ronds de leur repli péritonéal ; il applique cette extrémité sur la partie avivée de la face antérieure de l'utérus où il les maintient par des sutures au catgut distantes d'un demi-centimètre. Il abaisse ainsi le point d'insertion des liga-

ments à deux ou trois centimètres du cul-de-sac vésico-utérin.

Procédé de Doléris. — Le procédé de Doléris est le type des procédés de fixation abdominale des ligaments ronds ou ligamentopexie.

Ancien procédé Doléris (Voir thèse de Hivet). — Il consiste à transporter l'insertion des ligaments dans deux canaux inguinaux artificiels constitués par deux boutonnières pratiquées au bistouri de chaque côté de l'épine du et intéressant toute l'épaisseur de la paroi. On fait une anse à l'extrémité inguinale de manière à obtenir le raccourcissement voulu, on engage l'anse dans la boutonnière et on suture.

Procédé de Beck (de New-York). — Ce procédé a été le point de départ de la ligamentopexie. En voici le résumé : laparotomie médiane, recherche des ligaments ronds. Par une incision médiane sur la séreuse du ligament on fait une boutonnière par laquelle on attire une anse du ligament dépouillé de péritoine. Les lèvres de la boutonnière péritonéale sont suturées au-dessous de l'anse. Cette anse est attirée dans la plaie abdominale qui est suturée de façon à extérioriser complètement sous la peau l'anse ligamentaire ou plutôt les deux anses, car on applique le même traitement aux deux ligaments.

Procédé de Doléris (1^{re} manière). — Doléris après Beck, en 1898, nous donne une ligamentopexie qu'il décrit sous le nom d'inclusion pariétale des ligaments ronds. Elle consiste à saisir les ligaments par leur partie moyenne et à inclure l'anse ainsi formée dans la cicatrice en la fixant aux piliers fibreux des muscles droits. Riche-lot s'est fait le brillant défenseur de ce procédé.

Les procédés de Doléris (2^e manière), de Foschini (de Ferrare) et de Spinelli ne présentent pas de grands perfectionnements.

Procédé Tédénat. — M. le professeur Tédénat a adopté le procédé de Doléris (1^{re} manière); mais comme il est d'observation courante que souvent, soit congénitalement, soit par un processus d'atrophie ou de dégénérescence granulo-graisseuse, dû à l'inflammation, les ligaments ronds sont légèrement atrophiés, il arrive que, malgré l'impeccabilité du traitement opératoire, l'utérus retombe en rétroversion.

Nous avons vu que dans l'hystéropexie directe l'utérus est fixé à la paroi abdominale, ce qui peut être la cause de troubles divers dont le plus grave est la gêne qu'il entraîne dans le développement de la grossesse. Pour donner à la fixation le plus de solidité possible tout en laissant à l'utérus une mobilité voisine de la normale, M. le professeur Tédénat saisit les ligaments ronds par des fils en crin de Florence. Ces fils passent en arrière des ligaments. Un ou deux des fils traversent la séreuse péri-utérine au-dessus de l'isthme. Comme dans le procédé de Doléris, les ligaments sont inclus dans la plaie abdominale. On obtient ainsi plus de solidité par des adhérences plus étendues.

Dans une dizaine d'opérations, les ligaments ronds étant très longs, M. Tédénat les a cousus l'un à l'autre à la face postérieure de l'utérus et enclavé leur portion antérieure dans la plaie abdominale. La manœuvre opératoire est facile et constitue une sangle embrassant l'utérus et lui donnant un support puissant.

Critique du procédé opératoire

Jusqu'au jour où l'antisepsie a régné en maîtresse incontestée dans le domaine chirurgical, la peur du péritoine a dominé la chirurgie. Aujourd'hui que nous savons opérer d'une façon rigoureusement aseptique, nous devons préférer le procédé de M. le professeur Tédénat, usant de la laparotomie franche par incision médiane à l'Alquié-Alexander primitif. Nous pouvons, en effet, avoir par erreur diagnostiqué une position mobile alors que l'utérus est adhérent à une partie molle comme le rectum. Si on croyait devoir intervenir selon le procédé de l'Alexander primitif, avec M. le professeur Tédénat, nous compléterions l'opération par une incision vaginale nous permettant d'explorer le Douglas.

Le procédé de Doléris laisse l'utérus en position physiologique, c'est-à-dire que son fond reste à 2 ou 3 centimètres du détroit supérieur. L'utérus conserve sa dilatabilité et sa mobilité normale permettant le libre développement des grossesses ultérieures. L'usage des fils en crin de Florence assure la formation des adhérences par la continuité de son action.

Dans le cas où les ligaments seraient de mauvaise qualité, nous placerons de plus un ou deux fils selon le procédé de M. Tédénat. Les ligaments ronds étant formés de deux parties : une intra-abdominale formée d'un axe fibro-conjonctif avec autour des fibres musculaires, est solide ; la partie extra-abdominale formée de fibres conjonctives éparpillées, est faible. Nous supprimons par la ligamentopexie la partie faible.

Résultats

Étudions les résultats au point de vue :

1^o De la fixation, résultats anatomiques ;

2^o Les résultats fonctionnels ;

3^o Les résultats obstétricaux.

1^o RÉSULTATS ANATOMIQUES. — Ferry dans sa thèse nous dit que, dans le service de Richelot, il n'a vu aucune récive sur 45 ligamentopexies. Une des opérées fut laparotomisée un an après, l'adhérence était parfaite.

Doléris, au Congrès de Rouen (1904), apporta une statistique de 84 cas personnels sans récive.

Nous sommes heureux d'ajouter à cette statistique neuf observations nouvelles que nous publions après nous être renseigné sur les suites opératoires. Les médecins traitants de nos malades ne nous ont signalé aucune récive.

2^o RÉSULTATS FONCTIONNELS. — Nous avons toujours vu chez nos malades une amélioration de leur état, les troubles dont elles se plaignaient : troubles menstruels, pesanteur pelvienne, règles douloureuses, disparaître ou considérablement diminuer.

3^o RÉSULTATS OBSTÉTRICAUX. — La rétroversion étant une cause de stérilité, la ligamentopexie facilite la fécondation. Dans le service de M. Guinard, une femme inféconde fut opérée sur sa demande afin de pouvoir devenir mère. Elle eut 3 enfants et une fausse couche. Une autre mariée, sans enfants, fut opérée chez M. Richelot ; 4 mois après, elle était enceinte. M. Doléris signale un fait de même ordre. La ligamentopexie donne des grossesses

moins pénibles que les autres procédés opératoires. Les accidents et les présentations vicieuses y sont moindres.

Dolérís a publié une statistique de 100 Alquié-Alexander se décomposant ainsi :

9 cas Alexander ;

10 cas Alexander et curettage ;

11 cas Alexander, curettage et opération sur le col ;

4 cas Alexander et colporraphie antérieure ;

4 cas Alexander, colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie et curettage ;

20 cas Alexander, colporraphie antérieure et curettage.

12 de ces femmes opérées sont devenues enceintes et leur grossesse a évolué normalement. Il n'y a pas eu de récédive.

Dans la *Gynécologie*, Dolérís rapporte 167 cas de grossesse de femmes opérées par différents chirurgiens du monde entier, sans autre dystocie que quelques cas d'avortement et une application de forceps.

CONCLUSIONS

I. — Nous nous proposons comme fin de restituer à l'utérus sa statique normale en vue de l'accomplissement normal de sa fonction, en causant le moins de troubles possibles ; malgré de beaux succès, nous condamnons toutes les fixations directes proprement dites de l'organe utérin ; avant la ménopause l'accoucheur recueille les fruits des interventions du gynécologue.

II. — Nous ne voulons pas des pexies directes proprement dites, parce que :

a) Elles créent des situations pathologiques (adhérences, torsions, flexions forcées, etc.) ;

b) Elles procèdent d'un principe faux (immobilisation de l'utérus).

III. — Elles sont extrêmement dangereuses en cas de grossesse et doivent être proscrites pendant toute la vie génitale de la femme.

Les pexies indirectes ou ligamentaires sont :

a) Des opérations conformes aux exigences physiologiques ;

b) Elles suffisent à toutes les modalités cliniques ;

c) Elles présentent peu de dangers, soit dans la grossesse, soit dans l'accouchement ;

d) Elles répondent à toutes les indications avec une

légère association à l'hystéropexie sus-isthmale, dans le cas d'atrophie des ligaments ronds ;

e) Elles ont une grande importance sociale, car elles favorisent la fécondation des femmes stériles jusque-là :

f) Chez les multipares à périnée surdistendu, lacéré ou déchiré, dans le cas où le prolapsus et la colpocèle sont combinés à la déviation, la fixation sera complétée par des opérations plastiques réparatrices sur le col, le vagin, le périnée.

Voici le traitement que nous recommandons :

1° Columnisation et massage. Reposition utérine. Pessaire. Traitement de la métrite ;

2° Si le traitement médico-orthopédique échoue : Laparotomie exploratrice, examen des annexes et fixation des ligaments ronds. S'il existe du prolapsus : restauration du plancher pelvien.

OBSERVATIONS

Inédites, recueillies salle Paulet et villa Fournier, hôpital Saint-Eloi-Suburbain, dans le service de M. le professeur Tédénat.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de notre excellent camarade M. Lévy, interne des hôpitaux)

Marie M..., née C., 31 ans, ménagère, entrée le 16 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien qui mérite d'être retenu.

Antécédents personnels. — Régée à 17 ans, souvent des retards prolongés des règles. Souvent des fluxes blanches. Mariée à 18 ans et demi. Deux ans après, accouchement normal à terme; un an et demi après, fausse couche de 3 mois, a eu 2 hémorragies à quelques jours d'intervalles suivies de pertes blanches abondantes. Par moments douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, de la pesanteur d'estomac, de la constipation opiniâtre. Elle accuse en même temps avoir eu de la lourdeur de tête et des vertiges. Son appétit est resté moyen.

Il y a 9 ans, a eu un accouchement à terme normal suivant une grossesse rendue difficile par des vomissements incoercibles: Depuis, les troubles dyspeptiques ont augmenté. Crises de diarrhée alternant avec constipation. Gargouillements abondants. Pendant tout ce temps pertes blanches. Règles normales peu abondantes. Depuis un an la douleur dans le ventre a augmenté considérablement, s'irradiant vers les reins par moments, surtout depuis 2 mois, à la suite de règles.

Maladie actuelle. — Règles en avance. Pertes blanches conti-

nues. La douleur est persistante du côté gauche, d'une façon continue. Digestion difficile, douloureuse, constipation. Insomnie habituelle, névralgies, céphalées, vertiges. Tempérament nerveux, mais pas de crises. A souvent froid aux pieds. A l'examen on trouve un périnée moyen. Au toucher, col abaissé rapporté à la vulve, ouverture regardant l'axe du vagin. Au niveau du cul-de-sac postérieur on sent une tumeur, c'est le fond de l'utérus. Cul-de-sac gauche douloureux.

Annexes gauches augmentées de volume et fixées. A droite annexes plus petites. Col gros, mou, entr'ouvert, déchiré. Amaigrissement notable. Pouls à 86. Artères moyennes dures, en hypertension.

Diagnostic. — Rétroversion mobile, métrite et annexite gauche.

Traitement. — Injections. Priessnitz. Lavements. Régime lacto-végétarien. Le 31 mai 1907, M. le professeur Tédénat opère par son procédé habituel. L'ovaire gauche scléro-kystique est incisé. L'utérus est vu gros, congestionné, portant superficiellement des plaques jaunâtres.

Suites opératoires. — Le 1er juin : Nuit agitée, quelques coliques.

Le 2 juin : Constipation. Quelques vomissements.

Le 3 juin : Lavement térébenthiné provoquant une selle. Soulagement notable. Règles arrivent en avance.

Le 4 juin : Etat général bon.

Le 8 juin : Les pertes ont cessé.

Le 11 juin : On enlève les fils. Bonne cicatrisation, tous les fils bien pris.

Le 17 juin : Sortie guérie.

OBSERVATION II

(Recueillie par M. Lévy)

N... Rosa, 24 ans, mariée. Entrée à la villa Fournier, le 13 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à remarquer.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, mariée depuis cinq

ans. Depuis quatre ans a des pertes blanches abondantes avec douleurs dans le ventre s'irradiant dans les reins et les cuisses. Accouchement il y a 2 ans à terme et normal. Ressent depuis 7 mois des douleurs très vives au bas-ventre, accompagnées de pertes rouges abondantes ayant duré 2 mois et demi.

Etat actuel. — Pertes blanches continues. Amaigrissement. Anémie. Appétit conservé. Pas de constipation habituelle.

Examen : Palpation douloureuse sur les côtés, plus à droite qu'à gauche.

Toucher : Musculature périnéale médiocre. Le col regarde la partie moyenne de la symphyse pubienne. Le fond de l'utérus est en face de la dernière coccygienne. Enorme rétroversion. La moindre pression sur le fond de l'utérus est douloureuse. On sent les annexes droites sur le côté du col, tuméfiées mais facilement perceptibles, car il n'y a que peu de gangue inflammatoire autour d'elles. A gauche tuméfaction légère des annexes qui sont peu douloureuses. Lésion cervicale légère. Un peu de ptose générale : on sent la moitié inférieure du rein droit.

Artères petites. Bruits du cœur un peu retentissants. Analyse d'urine, 15 gr. d'urée par litre. Traces d'albumine.

Diagnostic. — Rétroversion, métrite, annexite.

Traitement. — 18 février, opération par le procédé habituel : on voit les annexes droites légèrement atteintes ; l'ovaire droit porte un kyste de la grosseur d'une noix. Utérus en rétroversion marquée. Peu d'adhérences. On capitonne le kyste de l'ovaire et on fixe l'utérus.

Suites opératoires. — 22 février : On examine la plaie. Cicatrisation en bonne voie.

26 février : On enlève les fils.

3 mars : Un peu de fièvre.

6 mars : Etat général bon. Pouls 86.

9 mars : Plaie cicatrisée. Alimentation solide commence.

12 mars : La malade se lève.

20 mars : Sortie guérie.

OBSERVATION III

(Recueillie par M. Lévy)

Clotilde F..., née B..., 26 ans, culottière. Entrée le 20 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Mariée à 20 ans. Il y a six ans, un mois après son mariage, pertes blanches assez abondantes avec en même temps douleurs dans le ventre, pas de cuisson à la vulve au moment de la miction. Dix-huit mois après, avortement. Deux ans après l'avortement, bonne grossesse, accouchement facile et bonnes suites de couches. Mais les pertes continuent.

Etat actuel. — Pertes blanches constantes, augmentant par le coït. Après le coït, douleurs vives dans le ventre, surtout localisées à droite. Souvent douleurs aux ovaires. Règles habituellement en retard de deux jours, assez abondantes avec quelques caillots et durant cinq jours. Appétit moyen. Bonnes digestions. Urines fréquentes, impérieuses au moment des règles. Un peu de vertige. Artères dures. Pouls 90.

Examen : Col gros, rouge, regarde dans l'axe. Utérus mobile rétroversé. Culs-de sac sensibles. A droite annexes augmentées de volume.

Diagnostic. — Rétroversion, métrite, annexite.

Traitement. — Le 26 mai, réduction bimanuelle de l'utérus. Priessnitz. Badigeonnage du col à la glycérine iodée.

Le 1^{er} juin, pansement intra-utérin : mèche de gaze iodoformée.

Le 3 juin, on enlève la mèche. Injections que l'on continue jusqu'au 16 juin, date où la malade sort guérie.

Remarque : Il est à noter que, grâce au traitement, l'intervention chirurgicale a pu être évitée.

OBSERVATION IV

(Recueillie par M. Lévy)

Marie R..., née G..., 31 ans. Entrée à la villa Fournier le 28 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer à l'estomac. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Règles régulières durant cinq jours. Angine dans le jeune âge. Pleurésie à 4 ans. Mariée à 19 ans. Il y a onze ans, deux mois après un accouchement, a ressenti des douleurs dans le ventre et dans les reins. En même temps quelques pertes blanches. Les douleurs sont irrégulières, augmentent par la fatigue, parfois disparaissent longtemps. Il y a neuf ans, un avortement au cinquième mois avec hémorragie très violente. Délivrance artificielle tardive (24 heures après) ; à la suite de cet avortement, pertes rouges pendant un mois, puis pertes blanches.

Quelques douleurs dans les reins. Un an et demi plus tard, accouchement à terme : grossesse assez bonne, sauf vomissements. 28 jours après, pertes blanches abondantes et péritonite (grands frissons, ventre ballonné, très douloureux) durant un mois.

État actuel. — Depuis, douleurs abdominales très vives, surtout après fatigues et fréquents vomissements. Appétit disparaît au moment des règles. Digestion faible. Constipée. Mictions fréquentes (4 ou 5 fois par nuit), urines rares et troubles. Pas de crampes dans les mollets, mais fourmillement des doigts. Sifflements dans les oreilles. Brouillard devant les yeux. Très nerveuse, mais n'ayant jamais de crises.

Examen : Ventre normal, ni flasque, ni ptosique.

Toucher : Périnée moyen, vagin normal, col regarde en avant. Rétroversion très marquées dans culs-de-sac latéraux : annexite légère et quelques adhérences

Diagnostic. — Rétroversion avec annexite légère.

Traitement. — Le 7 juin, opération par le procédé habituel : on

voit l'utérus basculé dans le Douglas, gros, lisse, mais garni de points jaunâtres. Les annexes du côté droit, basculées en arrière, sont ramenées facilement en avant. Trompes congestionnées, mais saines. L'ovaire droit porte un petit kyste qui est incisé et suturé.

Suites opératoires. — Le 9 juin : Pertes rouges avec ascension thermique.

Elat général bon. Lavement.

17 juin : États général et local parfaits.

30 juin : Sortie guérie.

OBSERVATION V

(Recueillie par M. Lévy

T.-P... Justine, 34 ans, ménagère, entrée le 12 mars 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à retenir.

Antécédents personnels. — Régée à 15 ans. Jamais de grandes maladies, mais a eu de l'anémie. Tempérament nerveux, perdant souvent connaissance. Deux accouchements : le 1er il y a 15 ans, le 2e il y a 12 ans. Pas d'avortements. Peu après son dernier accouchement, douleurs dans le bas-ventre s'irradiant dans le dos (sensation de poids). Ces douleurs ont continué avec une intensité variable apparaissant après des fatigues. Des règles à peu près normales sont venues peu après l'accouchement, mais sont douloureuses. Il y a 9 ans, douleurs plus accentuées : troubles dyspeptiques, troubles nerveux (idées de persécution, d'abandon, neurasthénie), vomissements. Pas de règles pendant 3 mois. Il y a 6 ans, pertes rouges abondantes, règles douloureuses.

Elat actuel. — Depuis, douleurs abdominales, pertes rouges au moment des règles, qui sont moins abondantes. Appétit moyen. Constipation. Artères petites, dures, roulant sous le doigt. Pouls 68.

Examen : A la palpation, un peu de douleur dans la région sus-pubienne.

Toucher : Col est en avant sous la symphyse, un peu à droite. Dans les culs-de-sac latéraux on ne sent pas les annexes. Dans le cul-de-

sac postérieur on sent l'utérus. L'utérus est assez mobile pour être ramené par le doigt en position normale avec un peu de douleur.

Diagnostic. — [Rétroversion mobile.

Traitement. — Priessnitz, injections, lavements. Le 18 mars, opérée par le procédé habituel. Utérus et annexes sains.

Suites opératoires. — Le 19 mars, malade a souffert un peu la nuit. Pas de montée de température. Pouls 84.

Après quelques pansements, on voit, le 5 avril, la plaie cicatrisée.

Le 12 avril, l'utérus est constaté par le toucher en bonne position.

Le 17 avril, la malade sort guérie : plus de douleurs dans le ventre, la malade se sent plus légère.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de notre excellent camarade, M. Rives,
interne des hôpitaux)

Marie M..., 25 ans, ménagère. Entrée le 22 avril 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 3 ans, soignée pour anémie à 18 ans. Réglée à 14 ans, mais mal jusqu'à 16. Ensuite réglée régulièrement, mais abondamment (12 jours) avec caillots. Depuis son mariage, réglée irrégulièrement. Il y a 4 ans 1/2, au deuxième mois de sa première grossesse, première hémorragie qui n'a pas abouti à l'avortement, enfant à terme. Douleurs tout le temps de la grossesse continuant après l'accouchement. Pertes abondantes blanches et rouges. Sept mois plus tard, nouvelle grossesse, pénible, enfant à terme. Depuis, douleurs et pertes continuelles. Au mois de novembre 1907, curettage.

État actuel. — Douleurs dans tout le ventre, s'irradiant vers les flancs, les cuisses, les reins, l'épigastre. A eu ses règles cette semaine. A des pertes blanches. Anorexie. Se tient spontanément au régime lacté. A eu récemment une période de vomissements très intenses. Après les repas : nausées, pesanteur, congestion céphali-

que. Un peu constipée. S'enrhume facilement, a même eu des filaments de sang dans les crachats. Epistaxis. Dyspnée d'effort facile. Œdème des jambes. Crampes aux mollets. Pieds glacés. Secousses électriques lorsqu'elle s'endort. Crises faciles d'hystérie. Sensation de boule, perte de connaissance incomplète, progressive, sans cri, avec contractures. Dermographisme. Hémianesthésie facio-thoracique et des deux membres droits. Zones spasmogènes au-dessus du sein droit. Hyperesthésies superficielles des régions ovariennes. Toucher : Col abaissé et porté en avant, gros et non velouté, ectropion de la muqueuse en légers champignons, masses arrondies et dures dans le Douglas. Toucher difficile pour cause d'hyperesthésie. Mise en observation, la malade continue à se plaindre de douleurs généralisées : elle vomit à plusieurs reprises un liquide sanguinolent. Céphalée intense.

Diagnostic. — Rétroversion sans annexite chez une hystérique.

Traitement. — La persuasion verbale fait disparaître les principales douleurs : il ne persiste que la douleur du ventre.

Le 3 mai, lavage vaginal, badigeonnage du col à l'iode : crise hystérique à cette occasion. La malade continue à souffrir dans le bas-ventre. Priessnitz.

Le 9 mai, règles accompagnées de douleurs dans le ventre et d'une crise hystérique. L'utérus devient beaucoup plus mobilisable. On se décide à une opération conservatrice : cautérisation du col à la potasse.

20 mai : L'escarre est en grande partie détachée. Badigeonnage iodé.

23 mai : Le col se cicatrise peu à peu. Badigeonnage à la glycérine iodée.

24 mai : Grande crise hystérique.

2 juin : Col cicatrisé rose et uni. Après quelques nouveaux badigeonnages iodés, on décide l'intervention chirurgicale.

7 juin : Opération par le procédé habituel.

L'utérus est mobile, les annexes en place et normales. L'utérus est gros, élargi avec points blanc-jaunâtre sur fond rouge. Un peu de liquide citrin dans les culs-de-sac péritonéaux. Il y a donc eu périmétrite sans ovarite ni salpyngite, qui s'est résolue par le traitement médical et dont l'intensité symptomatique était due à l'état hystérique.

Suites opératoires. — Le lendemain, température de 38°, facies,

pouls, langue, abdomen en bon état. La température tombe après la première selle le quatrième jour. Le cinquième jour, légère ré-ascension thermique coïncidant avec l'arrivée des règles qui arrivent à leur date normale. La malade souffre peu. Le 3 juillet, l'utérus est constaté en position haute, incliné en avant. Depuis l'opération il n'y a pas eu de crises nerveuses. On fait encore quelques badigeonnages iodés et une cautérisation intra-utérine.

Le 7 juillet la malade sort guérie.

OBSERVATION VII

(Recueillie par M. Rives)

Marie M..., 34 ans, ouvrière, entrée le 28 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Régée à 15 ans, mais mal et très peu jusqu'à 22 ans. Mariée à 20 ans. Quatre enfants. Deux fausses couches (2^e et 4^e grossesses). A eu des maladies infectieuses variées, mais imprécises, dont une a provoqué d'abondantes suppurations à neuf ans. A onze ans, choléra. Il y a onze ans et demi, fausse couche suivie de pertes blanches avec douleurs et pour lesquelles on a fait un curetage. Depuis, son état n'a fait que s'aggraver.

État actuel. — A part les douleurs et les pertes blanches, présente des aigreurs d'estomac avec crampes douloureuses. Pas de constipation, ne tousse pas, urines normales, appétit bon.

Palper : Ventre souple, peu vergeturé.

Toucher : Utérus basculé en arrière dans l'axe du vagin, col regarde à gauche, est ferme et élastique. (Mobilité interne restreinte.)

La trompe droite sur le flanc droit du corps, du volume d'une plume d'oie, est très douloureuse à la pression. Il en est de même de la trompe gauche.

Diagnostic (30 mai). — Rétroversion mobile avec métrite scléreuse et infiltration adhésive des annexes.

Traitement. — Des crises douloureuses très intenses, six heures après le repas, sans vomissements, se répétant tous les jours, résis-

tant au bicarbonate de soude et aux sinapismes épigastriques, retardent l'intervention chirurgicale. L'éther calme les crises. On fait des pansements du col à la glycérine iodée.

Le 14 juin, opération par le procédé habituel : l'utérus est vu gros, large, bien mobile, basculé en arrière, sans lésions inflammatoires. Les annexes droites sont saines mais enflammées, les annexes gauches portent un microkyste qui est incisé.

Suites opératoires.—Le lendemain et le surlendemain ménorragie légère avec 37^o5. Ensuite tout se passe normalement et la malade sort guérie fin juillet.

OBSERVATION VIII

(Recueillie par M. Rives)

Rosalie R..., 35 ans, mariée. Entrée le 5 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, a eu 5 accouchements tous à terme. Le dernier enfant a 7 mois actuellement. Ses suites de couches ont toujours été laborieuses durant 5 ou 6 mois avec pertes blanches et douleur dans le ventre. Vers le 15 décembre 1906, à la suite de douleurs et de faiblesse dans les membres droits, a ressenti de la douleur lombaire bilatérale très vive. Ces douleurs empêchaient tout travail, mais ne l'ont obligé à s'aliter que le 10 janvier. En même temps oligurie, quelquefois dysurie, constipation opiniâtre.

Etat actuel. — Anorexie, digestions pénibles, constipation habituelle, langue blanche fendillée. Céphalée frontale. Douleurs rénales bilatérales aggravées à droite par la pression. Mictions difficiles. Oligurie avec souvent pollakiurie. Ni sucre, ni albumine. Au point de vue de l'état général : maigre, tissus mous, ventre ptosique. Température, 36^o6 le soir. Pouls 80, net, bien frappé, sans hypertension.

Palper : gargouillements dans la fosse iliaque droite. Résistance

au voisinage de l'épigastre et de l'hypocondre gauche et droit avec douleur nette dans toute la région stomacale. Bas-ventre souple : on peut plonger vers le petit bassin. Appendice perceptible, induré, douloureux.

Toucher : Col haut, déchiqueté par les nombreux accouchements. Fond utérin haut, peu mobilisable. Col dans l'axe du vagin. Quelques adhérences à gauche.

Diagnostic. — Comme cette femme n'est jamais restée au lit plus de sept jours après ses accouchements, il est logique d'admettre un peu d'inflammation périmétritique avec rétroversion.

Traitement. — Lavement, purge, Priessnitz et injections quotidiennes pendant les mois de février, mars et avril, avec repos au lit.

Au 15 avril, l'utérus a considérablement diminué de volume, quoique encore plus gros que normalement. Il est devenu très facilement mobilisable : on peut masser la face postérieure sur toute la hauteur. Douleurs dans les reins après ces explorations. Le 27 avril elle est opérée par le procédé habituel.

L'utérus est un peu large, congestionné, tombé dans le Douglas. Annexes gauches entourées d'adhérences molles. Trompe rouge, pavillon net et souple. Un kyste hématique sur l'ovaire gauche qui est excisé et suturé. L'ovaire friable se coupe sous le fil. On résèque l'appendice non augmenté de volume, mais congestionné et porteur d'adhérences à la pointe.

Suites opératoires. — Douleurs pendant les vingt et un jours post-opératoires. Langue humide non blanche. Apyrexie.

Le 7 mai, la suture de la plaie est parfaite. La malade ne souffre plus, se sent allégée. Bon appétit. Excellent facies.

Le 25 mai, la malade sort guérie.

OBSERVATION IX

(Recueillie par M. Rives)

Marie B..., 33 ans, entrée le 25 mars 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à retenir.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Il y a trois ans on lui

a diagnostiqué une métrite aiguë. On l'a mise en observation pendant une vingtaine de jours et on lui a fait quelques pansements utérins. Malgré cela elle a eu de nouveau des pertes blanches. Des douleurs persistantes ont forcé la malade à venir à l'hôpital.

Etat actuel. — Elle accuse « une pesanteur au fond du ventre. » Les douleurs sont fortes au moment des règles. Les pertes blanches continuent. Des périodes d'anorexie correspondent aux périodes douloureuses. Pas de constipation. Pendant la marche, les douleurs redoublent. Elles partent d'en bas et s'irradient dans la région lombaire.

Le toucher et le palper montrent un utérus basculé en arrière, mobilisable, les annexes droites sont douloureuses à la pression.

Diagnostic. — Rétroversion mobile.

Traitement. — Opération par le procédé habituel.

Suites opératoires. — Bonnes, presque complètement apyrétiques. La malade ne tarde pas à accuser du bien-être après quelques pansements et quitte l'hôpital guérie.

M. Tédénat a pratiqué en tout 68 opérations suivant le procédé que nous avons décrit. 67 de ses opérées ont eu un excellent résultat; 6 d'entre elles ont eu grossesse et accouchement sans complication. Une seule de ses malades dont les annexes laissaient fort à désirer a recommencé à souffrir deux ans après l'opération, probablement par suite de réinfection blennorragique, et M. Tédénat dut se résoudre à pratiquer une hystérectomie abdominale totale avec salpingectomie. La guérison s'est faite dans de bonnes conditions.

M. Tédénat a souvent attiré l'attention de ses élèves sur la fréquence des rétroversions congénitales qui coexistent souvent avec des ptoses viscérales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALEXANDROFF (S. A.). — Retroflexio-operation (Centralbl. f. Gynaek. 1903, p. 762).
- BALDY I. M. . — Retrodisplacements of the uterus and their treatment (N. Y. Med. Journ. 1903, p. 167).
- BARSE (R.). — Des opérations correctrices des rétrodéviations de l'utérus et leurs résultats (Th. Montpellier, 1905).
- BAUDOUIN (M.). — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus (Thèse Paris, 1889).
- BECK (C.). — Eine neue methode der Hysteropexia (Centralbl. f. gyn. 1897. t. XXIV, p. 881).
- BLAN (P.). — De la grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale antérieure (Th. Lyon, 1897).
- BRODHEAD. — Rupture utérine au cours d'un accouchement chez une femme hystéropexiée (N. Y. obst. Society 1901. — Voir : Amer. Journ. of obst. juillet 1901).
- BYFORD (H. T.). — A new method of shortening the round ligaments intraperitoneally for retroversion (J. Am. M. Ass. Chicago, 1903).
- CLERC (M.). — Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide (Th. Paris, 1900).
- CONDAMIN. — De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de l'antéflexion utérine (Lyon médical, novembre 1896 ; Archives provinciales de chirurgie, 1896, p. 253).
- CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX, 1895. — Comm. : Tédénat, Duret, Doléris, Jeannel, Bouilly, Demons, Laroyenne, Reynier.
- CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYN. ET D'OBST. DE GENÈVE (1896). — Traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus.

- Rapp. : Küstner, Pozzi S., Polk'. — Discus. : Reynier, Petit, Chaleix-Vivie, Coelho, Péan, Mangin, Stapfer, Schwartz, Byford, Pichevin, Engstroem, Jacobs, Kümmer. — (Voir : Ann. de gyn. et d'obst. 1896, p. 314).
- CONGRÈS NATIONAL PÉRIOD. DE GYN. D'OBST. ET DE PAED. DE ROUEN (1904). — Rapp. : Oûi. — Discus. : Lejars, Le Fort, Doléris, Guillemet, Richelot. — (Voir : Comptes rendus, p. 85).
- CZERNY (V.). — Ueber die Vornaehnung der rück waertsgelagerten gebaermutter (Beitr. z. Klin. Chir. 1888, t. IV, p. 164).
- DELAGÉNIÈRE. — Hystéropexie ou suspension de l'utérus à la paroi abdominale (Th. Paris, 1890).
- Des opérations qui se pratiquent sur les ligaments de l'utérus (Arch. prov. de chir., 1898, p. 1).
- DEMELIN. — Obstétrique (septembre 1897).
- DICKINSON. — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie (N. Y. obst. Society, 1901. — V. Amer. journ. of obst. juillet 1901).
- DOLÉRIS. — Raccourcissement des ligaments ronds (Soc. obstétricale et de gyn. de Paris, 11 avril 1889) (Gaz. des Hôp., 1889, p. 70).
- Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale (Soc. obstétricale de Paris 1898). (La gynécologie 1898, p. 494). — Bull. méd., 1901).
- (La gynécologie, 1902).
- (Bulletin médical, 1902).
- De l'hystéropexie physiologique ou ligamentaire (La gynécologie, août 1904).
- DUDLEY (A. P.). — Hysterorraphy: a new method (Acad. de med. de N. Y. 26 décembre 1889. — Amer. Journ. of obstet. 1890, p. 1336. — N. Y. med. Journ. 1890, p. 102).
- FAURE (J. L.). — La gynécologie (1903, p. 101).
- FERGUSSON (A. H.). — Anterior transplantation of the round ligaments (N. Y. med. Journ. janvier 1903).
- FERRY. — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie extra-péritonéale (Th. Paris, 1906).
- FIGUIERA. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse (Th. Paris, 1903. — La gynécologie, 1903, p. 217).

- FORGUE. — Précis de pathologie externe.
- FOSCHINI (G.). — Nouveau procédé d'hystéropexie (*Riforma medica*, février 1903, p. 128).
- FUSTER. — De la cœliotomie vaginale (Th. de Montpellier, 1898).
- FUMEY (P.). — Du traitement des rétrodéviations. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Procédé de Doléris) (Th. Paris, 1900).
- GOVIN. — Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical (Th. Paris, 1904).
- GRANDIN (E.-H.). — Abdominal section for adherent retroversion of uterus (*Ann. Gyn. N. Y.* 1903, p. 361).
- GUERARD (Von). — Sind Ventrifixur und vaginifixur bei Frauen in gebärfähigem Alter zu verwerfen? (*Monats. f. gebür. u. Gyn.* 1904, p. 102).
- HIVET (G.). — Traitement des rétrodéviations de la matrice par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne) (Th. Paris, 1901).
- HOLDEN (G. R.). — The results of ventral suspension of the uterus (*Amer. Journ. of obst.* avril 1905).
- JACOBS (C.). — Des hystéropexies: leur influence sur la gravidité (*Bull. soc. belge de gyn. et d'obst.* 1904, p. 47).
- JONNESCO (Th.). — Traitement opératoire des rétrodéviations (*Ann. de gyn. et d'obst.* 1897, p. 465).
- KELLY. — Hysterorraphy (*Amer. journ. of obst.* janv. 1887. — *The med. Record* nov. 1888, p. 577. — *The John Hopking's Hosp. Bull.* janv. 1890).
- KOEBERLÉ (E.). — Gastrotomie dans un cas de rétroversion de la matrice (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1^{er} mars 1877. — *Soc. chir. de Paris*, 1877, p. 64).
- KUSTNER. — Rapport au Congrès de Genève (1896).
- LABADIE-LAGRÈVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- LANDRON. — Sur le traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds; Procédé de Wylie (Th. Paris, 1900).
- LE DENTU. — De la rétroversion utérine (Clinique de l'Hôtel-Dieu. (Voir *Presse médicale*, 21 février 1906).

- LEGUEU. — Modification à la pose des fils dans l'hystéropexie (Sem. gyn. 1896, p. 321).
- LEJARS. — Discussion Congrès O. G. P. Rouen, 1904, p. 101.
- LÉOPOLD (G.). — Ueber die annäherung der retroflektirten gebärmutter an der vorderen Bauchwand. Ueber Ventrofixatio uteri (Centr. f. gyn. 1888, p. 161 et 1890, p. 185).
- LUCIEN. — Influence de l'hystéropexie dans les grossesses ultérieures (Th. Nancy, 1896).
- MANRIQUE. — Etude sur l'opération d'Alexander (Th. Paris, 1886).
- MARION SIMS (J.). — Remarks on Battey's operation (British med. Journ. 1877, 8 décembre).
- MAZADE. — Traitement de la rétroversion (Th. Paris, 1902).
- MORRILL (J.-L.). — Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie (N.-Y. obst. Society 1901. Voir Amer. Journ. of obst. Juillet 1901).
- NOBLE. — Intramural extra-péritonéal anchorage of the round ligament for posterior displacement of the uterus (Amer. Journ. of obst. N.-Y. 1903, p. 174).
- OLSHAUSEN (R.). — Ueber ventrale suspension bei prolapsus und retroversio uteri (Cong. des naturalistes allemands à Berlin 20 septembre 1886. — Centr. f. gyn. 1886, p. 698. — Centr. f. gyn. 1888, p. 388. — Zeitsch. f. Geb. und gyn. mai 1890).
- OUI. — L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures (Cong. O. G. P. Rouen 1904, p. 85).
- PICHEVIN (R.). — A propos de l'hystéropexie abdominale (Sem. gyn. 1903, p. 329).
- PICQUÉ. — De la ventrofixation ou hystéropexie ; opération d'Ols-hausen (Soc. chir. Paris, oct. 1888. — Bull. gén. de Thérap. 15 janvier 1889).
- PINARD. — Des suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs (Communication à la Société d'obst., de gyn. et de péd. Paris, 3 mars 1899. V. Comptes rendus, p. 15).
- PIRAS (F.). — De l'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité (Th. Paris, 1896).
- POLK. — Hysterorraphy (Amer. Journ. of obst. décembre 1888). —

- The surgical treatment of posterior displacements of the uterus (Amer. Journ. of obst. octobre 1889).
- POZZI (S.). — Hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus (Gaz. méd. de Paris, 1888, 8 et 15 déc.).
- Rapport sur une observation de Picqué (Soc. chir. Paris 1889, p. 936).
 - Congrès gyn. et obst. Genève, 1896.
 - Société O. G. P. Paris, 6 avril 1900, p. 109.
 - Traité de gynécologie (p. 277).
 - Articles divers dans la Revue de gynécologie.
- RICHELOT. — Sur le traitement de la rétroversion utérine. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale (La gynécologie, 1900, p. 97).
- Congrès de Rouen (avril 1904, p. 125).
 - Il faut redresser les rétroversions (La gynécologie, octobre 1905. Congrès de chir. Paris, 1905).
- RUGGI (G.). — Salla cura endo-abdominale di alcuni spostamenti uterini (Boll. Soc. med. di Bologna, 1888, t. XXII, p. 30. Congrès de Gênes, 1887).
- SANDBERG (K.-F.-M.). — Alexander's operation through the median incision (Amer. Journ. of obst., septembre 1905).
- SÆNGER (M.). — Zur Ventrofixation des retroflectierten uterus (Centr. f. gyn. 1885, t. IX, p. 664, 1888, t. XII, p. 102. — 1896, n° 9).
- SIMOËS. — Des rétrodéviations mobiles (Th. Paris, 1897).
- SIMPSON (F.). — Intra-abdominale anterior fixation of the round ligaments for posterior uterine displacements (Amer. jour. of obst. N.-Y., 1903, p. 465).
- SINCLAIR (W.-J.). — On Ventrofixation of the uterus (Brit. med. Journ. London, 1904, p. 713).
- SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS (1899 et 1900). — Communication : Pinard, Segond, Bouilly, Richelot, Legueu, Schwartz, Hartmann, Doléris, Pozzi.
- SPINELLI (G.). — Procédé d'hystéropexie médiate pour la cure de la rétroversion utérine (Ann. de Gyn. et d'Obst. 1900, t. LIV, p. 353).
- STANKIEWICZ (C.). — Du traitement des rétroversions par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds (13^e Cong. intern. de méd. de Paris 1900, sect. de Gyn., p. 129).

THIEUX. — Contribution à l'étude de l'hystéropexie Thèse Montpellier, 1900).

TRAITÉ DE CHIRURGIE, Duplay et Reclus (t. VIII, p. 229).

TRAITÉ DE CHIRURGIE, Le Dentu et Delbet (t. X, p. 335).

VILLARD. — Traitement de la rétroversion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds (Rev. prat. d'obst. et gyn. Paris, 1904, p. 45).

VILLENEUVE. — Hystéropexie et puerpéralité (Th. Toulouse, 1899).

WYLIE (W.-G.). — Surgical treatment of retroversion of the uterus with adhesions, with a new method of shortening the round ligaments (Amer. journ. of obst. 1889, p. 478 et 760).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :	VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 16 novembre 1907.	Montpellier, le 16 novembre 1907.
Le Recteur, Ant. BENOIST.	Le Doyen, MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
